

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 165

DU GLAUCOME SYPHILITIQUE

Contribution à l'étude pathogénique et clinique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Juin 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges PIPARD

Interne suppléant des Hôpitaux de Lyon

Interne des Hôpitaux et de la Maternité de Saint-Etienne

Né le 26 Décembre 1900 à PONT-EN-ROYANS (Isère)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1931

DU GLAUCOME SYPHILITIQUE
Contribution à l'étude pathogénique et clinique

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 165

DU GLAUCOME SYPHILITIQUE

Contribution à l'étude pathogénique et clinique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Juin 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges PIPARD

Interne suppléant des Hôpitaux de Lyon

Interne des Hôpitaux et de la Maternité de Saint-Etienne

Né le 26 Décembre 1900 à PONT-EN-ROYANS (Isère)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE
Assesseur M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOU
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	X.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	VALLAS
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacologie et Pharmacologie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFORT	GATE	GUILLEMINE
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE.
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, président ; BONNET, assesseur ;
DEVIC et GATE, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COTTE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUMAS.

MONSIEUR LE DOCTEUR CORDIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR GARDERE.

MONSIEUR LE DOCTEUR GOYET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Officier de la Légion d'honneur
Professeur de Clinique Ophtalmologique

Pour le grand honneur qu'il
nous fait d'accepter la présidence
de cette thèse dont il nous a ins-
piré le sujet .

En témoignage de toute notre
respectueuse gratitude.

A MES JUGES

Avant-propos

En pathologie générale, la syphilis, depuis ces dernières années, semble avoir conquis de haute lutte, une place prépondérante ; et parmi les cliniciens, beaucoup se sont ralliés à sa religion et l'invoquent, **qui n'y pensaient pas autrefois.**

Il nous a paru intéressant d'étudier au niveau de l'œil, cet organe d'une constitution si parfaite, mais en même temps si délicate, subissant à chaque instant le contre-coup des troubles nerveux et circulatoires, la part qui pouvait être faite à une maladie des nerfs et des vaisseaux : la syphilis, dans la production d'une affection grave, compromettant la vitalité de l'œil : le **glaucome.**

Qu'il nous soit permis, avant d'entreprendre ce modeste travail, de témoigner toute notre reconnaissance à M. le Professeur Rollet, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse, et a bien voulu, malgré son état de santé précaire, en accepter la présidence.

Nous remercions bien vivement aussi M. le Docteur Jacques Rollet, chef de Clinique ophtalmologique : il nous a constamment guidé au cours de notre tâche de ses précieux conseils et de son expérience avec une affabilité que nous avons reconnue d'ailleurs depuis **bien longtemps.**

DU GLAUCOME SYPHILITIQUE

Contribution à l'étude pathogénique et clinique

CHAPITRE PREMIER

Définition et limitation du sujet

« Le glaucome est une affection rencontrée fréquemment au niveau de l'œil et caractérisée anatomiquement, par des dégénérescences vasculaires et nerveuses, cliniquement, par de l'hypertension et des douleurs orbitaires », telle est la définition qu'en donne le Professeur Lagrange.

Il existe des glaucomes dits secondaires, parce que la rétention œdémateuse de l'œil est le fait d'une action mécanique jouant à la période de l'excrétion : l'exemple de plus typique en est fourni par ceux que déterminent, secondairement à un iritis, les brides, les synéchies de la chambre antérieure au niveau de l'angle irido-cornéen T.

Nous les laisserons de côté et nous nous proposons de limiter notre sujet aux glaucomes primitifs, ceux-là surtout pour lesquels se pose avec tout son intérêt l'éternelle question pathogénique.

CHAPITRE II

Historique

Nous n'insisterons pas sur les conceptions antiques du glaucome, conceptions extrêmement simplistes en parties erronnées, d'Hippocrate, de Maître-Jean ou même à une époque moins lointaine, de Brisseau, en 1705, qui attribuait le glaucome à l'opacification du vitré, mais avait su déjà reconnaître le symptôme primordial : l'hypertonie du globe.

En réalité, il faut attendre les progrès faits en clinique au XIX^e siècle pour voir apparaître la notion de l'importance de la vascularisation d'ordre local et d'ordre général dans la détermination du syndrome d'hypertension oculaire.

En 1890, Michel, de Wiesbaden, dans son traité d'ophtalmologie, est très affirmatif à ce sujet : il insiste surtout sur le fait que les maladies qui se traduisent par une déficience de la circulation veineuse sont plus particulièrement propices à l'apparition ultérieure du glaucome : il cite les maladies mitrales,

et l'artério-sclérose généralisée ; il parle même d'artério-sclérose localisée à une seule carotide.

Plus tardivement encore, les moyens d'exploration de l'œil s'enrichissent de la découverte d'appareils plus précis : celle de l'ophtalmoscope en 1851 permet de voir les lésions vasculaires soupçonnées au niveau du pôle chorio-rétinien et c'est alors que s'échafaudent diverses théories pathogéniques que nous exposerons plus loin. En 1905, Schiotz permet par l'apport du tonomètre, qui porte son nom de mesurer et de comparer entre elles les variations de la tension oculaire. Parallèlement aux découvertes expérimentales s'érigent les techniques opératoires : trépanation d'Elliot, scléro-iridectomie de Lagrange, iridectomie de de Wecker.

CHAPITRE III

Pathogénie

Nous dirons peu de chose de la pathogénie du glaucome. Tout a été dit sur ce sujet, et tout dernièrement (Congrès d'Amsterdam, sept. 1929), l'accord n'a pu être fait sur ce point.

Nous passerons rapidement et en bloc sur les *théories inflammatoires* et d'*hypersécrétion* nerveuse soutenues successivement par De Graefe et Douders.

Les théories d'*obturation* soit du canal de Schlemm en avant, soit du canal optique en arrière peuvent trouver sans doute leur raison d'être dans les glaucomes secondaires, mais nous les avons délibérément laissés de côté au début de ce travail.

THÉORIE DE L'OSMOSE

Cantonnet (*Th. de Paris*, 1905) invoque dans la production du glaucome une perturbation des échanges osmotiques : le sang devenu hypertone crée par abandon de ses mollécules chlorurées une hypertonie du

vitré qui réagit à son tour, fait un appel d'eau pour rétablir son taux normal.

Toutes ces théories ont un sens et une raison d'être : mais elles pèchent par le fait qu'elles manquent de compréhension.

Elles tendent trop à considérer le glaucome comme une maladie locale.

LE GLAUCOME ENVISAGÉ DANS SES RAPPORTS AVEC LE SYSTÈME CIRCULATOIRE

C'est au Professeur Rohmer que nous devons la première conception exacte du rôle joué par la circulation générale sur l'œil.

Joseph (*Thèse Paris*, 1904) insiste sur l'influence des maladies des vaisseaux, du cœur, des reins et des intoxications sur l'apparition du glaucome.

Il compare l'œdème des milieux oculaires à l'œdème pulmonaire qui exige pour se produire un déséquilibre tensionnel et un facteur infectieux ou toxique.

L'idée de l'importance du système circulatoire n'exclue pas celle de l'action possible de nerfs vasomoteurs comme ceux qui sont contenus dans le nerf sympathique (Abadie), non plus que celle de glandes endocrines comme les surrénales ou le corps thyroïde (Lagrange).

Nous pensons qu'il ne faut pas éliminer *a priori* des hypothèses qui ont leur raison d'être, et penser qu'ici, comme dans le reste de l'économie, plusieurs facteurs peuvent entrer en jeu alternativement ou combinés les uns aux autres.

De même, nous ne voulons pas dire qu'à la base de ces troubles il y a toujours une origine syphilitique. Nous nous proposons simplement d'apporter notre faible contribution à l'étude d'une question complexe et sur laquelle tout dernièrement encore les différents partisans sont restés sur leurs positions primitives.

CHAPITRE IV

Etude clinique du glaucome primitif

Le glaucome peut faire son apparition aux trois âges de la vie : chez l'enfant, chez l'adulte ou chez le vieillard.

A. — Glaucome infantile

Le glaucome de l'enfant a une physionomie clinique très spéciale.

L'œil, chez l'enfant, est un organe très fragile : la cornée, en particulier, se laisse distendre rapidement, s'amincit, donnant un œil volumineux : véritable œil de bœuf ; souvent, elle prend une teinte opalescente qui fait faire le diagnostic. D'autres fois, seul, le volume excessif de l'œil fait penser au glaucome.

La sclérotique distendue prend un aspect bleuâtre. L'iris est élargi dans ses différents diamètres, de telle sorte que l'orifice pupillaire apparaît rétréci.

Le cristallin est rarement touché. Le réflexe pupillaire est d'autant plus paresseux que la tension du globe est plus forte.

Cette tension, mesurée au Schiotz, peut atteindre 40 et même 60 millimètres de mercure.

Il est à remarquer que, tant que la cornée garde son aspect normal, l'acuité visuelle est relativement conservée. Ce n'est pas le cas, toujours, car, bien souvent, la vision n'existe que pour les très gros objets.

Le champ visuel est, ici comme chez l'adulte, rétréci du côté nasal.

Un point domine l'évolution du glaucome infantile, c'est le fait de l'amélioration très nette et à peu près constante qu'il subit par le traitement hydrargyrique.

B. — Glaucome de l'adulte

a) FORME AIGUE

On entend par là, certains cas de glaucomes où, brusquement, en quelques jours, parfois même en quelques heures, surviennent au milieu de douleurs orbitaires et périorbitaires intolérables une hypertension excessive et des troubles visuels graves, à tel point que la cécité peut apparaître rapidement.

Le plus souvent, dit Morax, c'est à la suite d'une émotion, d'un excès de table, que la crise fait son apparition.

Quelques malaises prémonitoires ont donné l'alarme : brouillards, cercles colorés, etc., puis, plus tard,

précédant immédiatement, ou accompagnant la crise hypertensive, une douleur extrêmement vive, des vomissements.

L'examen pratiqué à ce moment donne tous les signes d'une affection d'allure inflammatoire : gros œdème des paupières et de la conjonctive avec larmolement et photophobie, les cornées sont légèrement troubles : la pupille est extrêmement dilatée, elle a perdu toute mobilité et réagit paresseusement à la lumière. La tension au Schiotz peut atteindre dans ces cas-là 80 ou 90 mm. de mercure.

Le glaucome aigu procède par crises successives qui aboutissent presque fatalement à la cécité complète ; alors, dit Rhomer, « l'œil prend une teinte bleuâtre, ardoisée ; il est dur comme de la pierre. La gêne de la circulation se traduit par un aspect sinueux, tirebouchonné des vaisseaux ciliaires antérieurs. La cornée est terne, la chambre antérieure abolie, l'iris dégénéré, immobile, la pupille dilatée à l'extrême ; et quand les milieux de l'œil sont encore transparents la papille apparaît encavée. Plus tard la cornée se dépolit, la sclérotique se distend et s'ectasie, le cristallin s'opacifie et le fond d'œil devient inéclairable. Finalement, le globe s'atrophie et la dégénérescence glaucomateuse est constituée ».

Pour Morax, la syphilis ne semble pas jouer un rôle important dans la genèse du glaucome aigu et la recherche des signes de syphilis latente chez les malades qui en sont atteints est restée complètement négative.

b) FORME CHRONIQUE

C'est en général une forme d'aboutissement du glaucome aigu mais bien souvent aussi le glaucome est chronique d'emblée.

Il s'établit lentement, insidieusement et ce n'est qu'à une période relativement avancée qu'il attire l'attention des malades. Il y a peu ou pas de douleurs, et surtout, fait extrêmement important, l'œil garde son aspect extérieur normal : pas de rougeur, pas de trouble cornéen : le premier et souvent le seul signe est la diminution lente et progressive de l'acuité visuelle : il s'agit seulement de malades qui vont consulter l'oculiste pour une modification de la réfraction. Un spécialiste averti ne négligera pas, en pareille circonstance, de pratiquer un palper bi-digital et pourra rendre un très grand service à son malade en décelant de façon précoce une hypertension jusque-là insoupçonnée.

Cette hypertension devra être mesurée au tonomètre de Schiotz : elle oscille en général entre 30 et 40 mm. de mercure ; la caractéristique de cette hypertension est d'être irrégulière, modifiée par les émotions, le régime ; d'où, la nécessité d'examens pratiqués en série.

Le champ visuel est rétréci dans son segment nasal : l'image empiète parfois un peu sur les segments supérieurs et inférieurs. Le segment externe est conservé.

La papille est excavée, bleuâtre : les bords en sont taillés à pic, comme ceux de la margelle d'un puits,

sur les bords, les vaisseaux arrivent en se coudant : ils ne sont pas amincis comme dans l'atrophie optique, mais au contraire, souvent le siège d'anévrysmes miliaires.

Il est classique de dire que le glaucome chronique est surtout une maladie des vieillards déterminée par la sclérose artérielle. Il semble que le mot de sclérose artérielle soit assez vague et un peu trop compréhensif.

Reste à déterminer en effet la cause de cette sclérose.

De toutes les maladies sclérosantes, la syphilis semble bien, depuis ces dernières années, reconnue comme étant celle qui fait brûler les étapes à la sclérose et fait des vieillards précoces : Cantonnet a signalé dans la même famille quatre cas de glaucome chronique dont deux avec cécité : peut-être pourrait-on dans ces cas-là rechercher et trouver des stigmates d'hérédo-syphilis.

L'observation personnelle que nous apportons contribue, avec celles qui l'accompagnent, à prouver que chez l'adulte très souvent, et quelquefois, quoique beaucoup plus rarement chez le vieillard, une syphilis en évolution, ou une syphilis latente, peuvent créer le glaucome primitif et chronique.

CHAPITRE V

Observations

OBSERVATION I

(Clinique de M. le Professeur ROLLET)

Glaucome syphilitique : à l'âge de 25 ans.

Rosa K... 27 ans 1/2. Entrée dans le service le 19 septembre 1930.

Début en 1929 par une baisse lente et progressive de la vision, et, plus tard, céphalées orbito-frontales assez violentes, qui l'amènent à consulter un médecin de Sens (Pas-de-Calais).

Le diagnostic de glaucome bilatéral étant posé, ce médecin prescrit de la pilocarpine et conseille à la malade de se faire opérer.

Effectivement, la malade entre à l'hôpital Rostchild, le 26 avril 1929 : en l'absence et malgré l'absence d'antécédents syphilitiques, la réaction de Wassermann est pratiquée : elle reste négative. Dans ces conditions, on décide d'intervenir.

O. G. le 10 mai : iridectomie.

O. D. le 31 mai : idem.

Aucune amélioration, semble-t-il.

La malade entre le 19 septembre 1930 à la Clinique ophtalmologique de Lyon (Service de M. le Professeur Rollet), elle souffre des deux yeux, plus particulièrement de l'œil gauche.

V. O. G. : 9.

V. O. D. : 1/4.

Localement, on note :

O. G. D. : iridectomie.

O. G. : fond inéclairable à cause de l'existence d'une cataracte.

O. D. : fond éclairable : excavation de la papille avec bords taillés à pic, et diminution du calibre des vaisseaux.

T. O. au Bailliat. O. G. : 25 ; O. D. : 30.

La réaction de Bordet-Wassermann est à nouveau pratiquée à cette époque : elle est trouvée extrêmement positive. Un traitement antisyphilitique est immédiatement institué.

Le 8-10-30 : V. O. D. : 1/3. V. O. G. : 9.

Le 10-10-30 : on découvre sur le corps de la malade une éruption papulo-squameuse floride, indice certain d'une spécificité secundo-tertiaire.

Ces symptômes cutanés viennent très à propos corroborer les résultats fournis par le Wassermann.

Le 22-1-31 : La malade a déjà subi un traitement assez intensif : Quinby, cyanure, néosalvarsan.

O. D. V. : 1/2.

A l'examen : Léger rétrécissement du champ visuel dans le secteur nasal.

Fond d'œil : Excavation glaucomateuse assez importante, à bords taillés à pic. Les artères sont très réduites de volume, la papille décolorée.

En somme, il semble qu'il existe à l'œil droit, le seul où il soit permis de s'en rendre compte, une amélioration très nette de l'acuité visuelle. Par ailleurs, la malade ne souffre plus.

Cette observation présente différents points sur lesquels nous croyons intéressant d'attirer l'attention.

C'est en premier lieu l'âge de la malade : le glaucome primitif est relativement rare chez l'adulte jeune, mais quand un malade se présente entre 20 et 35 ans dans de semblables conditions, nous ne sommes pas loin de penser, et c'est d'ailleurs l'opinion de Charlin, que c'est à peu près toujours la syphilis qu'il faut incriminer.

A ce propos, il n'est pas sans intérêt de noter dans l'observation que nous venons de produire l'infidélité une fois de plus constatée de la réaction de Wassermann qui a servi de critère pour décider de l'intervention.

Même en présence d'un Wassermann négatif, il semble que chez un jeune on doive systématiquement et dans tous les cas instituer un traitement d'épreuve.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Docteur J. ROLLET.
Société d'Ophtalmologie de Lyon, 1929)

Buphtalmie. — Syphilis de troisième génération.

B... Roger-René, âgé de 8 mois, se présente le 6 janvier 1931, pour buphtalmie bilatérale.

Antécédents héréditaires :

1° Son grand-père a été soigné par le Professeur Rollet pour iritis bilatérale ayant évolué vers la cécité com-

plète sans amélioration ni par le traitement spécifique, ni par une iridectomie optique, et par le Professeur Favre pour crises gastriques tabétiques avec céphalées qui cédèrent au traitement spécifique.

2° Sa grand-mère maternelle présenta des ulcères variqueux avec dermite purpurique pigmentée qui ont été remarquablement améliorés par le traitement spécifique.

3° Sa mère, Louise B..., présentait des signes nets de syphilis héréditaire : kératite interstitielle, épaississement marqué du bord antérieur de la diaphyse tibiale avec douleur à la pression, le tout amélioré par le traitement anti-syphilitique (3 séries de cyanure de mercure).

En 1925 : elle est hospitalisée dans le service du Professeur Favre pour troubles vagues et dysménorrhée : nouvelle série de cyanure et deux de néosalvarsan.

En mai 1929 : nouvelle poussée cornéenne : améliorée rapidement par une cinquième et dernière série de cyanure.

Depuis, la malade s'est bien portée.

En juin 1929, elle se marie, devient enceinte. Grossesse surveillée à la Charité : pas de traitement spécifique.

4° Personnellement, Roger B..., né à terme, pesait 3 kgs 500, s'est bien porté, a pris normalement du poids. Au quatrième mois, c'est-à-dire au mois d'octobre 1930, on s'est aperçu brusquement que l'œil devenait rouge, qu'il était comme voilé, et que l'enfant craignait la lumière de ce côté ; puis, l'autre œil se prit et les parents eurent l'impression qu'il n'y voyait pas. On lui fit à ce moment, en ville, une série de piqûres de benzoate de mercure.

A l'entrée, à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, on constate une buphtalmie très nette, bilatérale, avec légère injection périkeratique. La cornée fortement saillante a perdu sa transparence : elle est gri-

sâtre surtout en son centre. Il est difficile, en raison des mouvements incessants de l'enfant, de localiser avec précision ce trouble : il a tout à fait l'aspect d'une buée épithéliale glaucomateuse. Grande chambre antérieure. Iris en myosis. Fond inéclairable. Tension de 40 environ.

Examen général négatif, en particulier rien au nez ni aux oreilles.

Le 6 janvier 1931 : Wassermann dans le sang, négatif, tandis qu'il est légèrement positif dans le sang de la mère.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Docteur FROMENT)

*Glaucome associé à une paralysie du droit interne
chez un tabétique.*

C... François, 49 ans.

Entre dans le service du Docteur Froment le 26 janvier 1931 parce qu'il a de la difficulté à marcher.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Antécédents personnels : traumatisme cranien en 1914 ; ecchymose palpébrale gauche : à cette époque, le malade fut admis à l'hôpital : on ne fit pas de radiographie, pas de ponction lombaire et on ne parla pas de fracture du crâne, mais on institua un traitement spécifique.

Peu de temps après, surdité de l'oreille droite.

Il y a deux ans et demi : Apparition de troubles nouveaux consistant en ptosis de la paupière gauche, puis troubles de la démarche qui devient de plus en plus compromise avec, en même temps, des troubles digestifs étiquetés hépatiques (ictère, etc.), qui forcèrent à interrompre un traitement commencé au muthanol en mai 1929.

A partir de cette époque, diminution lente et progressive de la vision, coïncidant avec des troubles de la série tabétique : talonnement à droite surtout ; à gauche : mouvements amples et imprécis. Romberg positif.

Le 30-1-31 : L'examen oculaire montre :

O. D. V. : 2/3.

O. G. V. : 0.

Strabisme divergent avec paralysie du droit supérieur, du droit interne et du droit inférieur.

Signe d'Argyll Robertson positif, pupille en mydriase.

Milieux un peu troubles.

Excavation papillaire très marquée.

Tension oculaire au Baillart : 60.

Rien au cœur.

Tension artérielle : 11,5/7.

Urines : Ni sucre, ni albumine.

Liquide céphalo-rachidien : Albumine 0 gr. 30. Sucre normal. Cytologie : deux lymphocytes par mm³.

Bordet-Wassermann positif.

OBSERVATION IV

(CARLOTTI)

Glaucome unilatéral. — Syphilis confirmée. —

Amélioration par le traitement.

Sal..., 19 ans, juillet 1921.

Depuis un an : à l'œil gauche, vision d'anneaux colorés.

O. D. O. G. pupille, milieux et fond d'œil normaux.

T. O. D. : 13.

T. O. G. : 18.

Acuité et champ visuel normaux des deux côtés.

Antécédents personnels : Cardiopathie rhumatismale, névropathie, insomnie. Traitement : pilocarpine.

5 janvier 1923 : Depuis quelques jours, nouvelle crise, anneaux colorés et amblyopie.

Rétrécissement nasal du champ visuel de 45°.

T. O. G. : 32.

Bordet-Wassermann positif.

12 janvier : Première injection de cyanure de mercure.

17 janvier : Champ visuel légèrement rétréci. T. O. G. : 30. On continue le traitement en ajoutant au cyanure de l'arsenic.

22 mars 1923 : A cette date, le malade a reçu 12 injections de cyanure et 8 d'hectine. Plus de crises. Champ visuel normal. Tonus normal. Etat général très amélioré.

En somme, glaucome chez un jeune homme de 19 ans chez lequel, si l'on manque de la notion d'une contamination syphilitique, en revanche, le Wassermann positif et surtout l'action du traitement d'épreuve permettent de considérer cette étiologie comme certaine.

OBSERVATION V

(CORNIL)

Glaucome infantile de l'œil gauche.

M. S., 7 ans.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels. Le malade présente de la kératite interstitielle des deux yeux. Pas d'autres stigmates d'hérédosyphilis.

La réaction de Wassermann n'a pas été faite.

Examen oculaire : 30 novembre 1923 : Mégalocornée, amincissement de la sclérotique.

V. O. G. : 0.

V. O. D. : 0,8 sans correction.

8 février 1924 : Hémorragie dans la chambre antérieure de l'œil gauche; pas de tension ; traitement par l'huile grise.

8 février : Même état.

25 février : Œil tendu : l'enfant souffre beaucoup. Pas de perception lumineuse. On prescrit de l'éserine.

29 février : Exentération (M. le Professeur agrégé Jeandelize).

Examen microscopique du segment antérieur :

Cornée : Kératite interstitielle, vascularisation intense avec infiltration péri-vasculaire lymphoplasmatique. La cornée présente des ulcérations. Procès ciliaires et choroïde : l'épithélium, par endroits, paraît normal ; par contre, en plusieurs places, il y a un exsudat sanguin et purulent. Les veines sont élargies et bourrées de globules. Il existe autour des artères une réaction périvasculaire intense. Les parois sont épaissies, il existe une infiltration lymphoplasmatique. Quelques vaisseaux sont oblitérés et d'autres présentent un début de sclérose. Dans le stroma, dissociation fibroblastique avec zone d'œdème.

Cette observation relatée dans la thèse de Cantonnet est malheureusement la seule que nous ayons pu recueillir où fut mentionné un examen histologique : ces examens sont longs à faire et on se trouve en difficulté quand il s'agit de se procurer des pièces anatomiques réalisant les conditions nécessaires.

Elle nous a paru intéressante en raison, précisément, des résultats mentionnés de l'examen histologique : diminution du calibre artériel par endosclé-

rose et prolifération des éléments qui forment le tissu conjonctif fibreux ; sorte de néoplasie endoartérielle en même temps que maladie inflammatoire des artères, caractéristique des processus syphilitiques dont témoigne la grosse réaction périvasculaire observée.

OBSERVATION VI

(ABADIE, 1920)

Hydrophthalmie améliorée par le traitement.

Il s'agit d'une enfant de quelques mois qui fut présentée par l'auteur à la Société d'Ophtalmologie de Paris, venue à la Clinique aveugle et présentant les signes habituels du glaucome infantile : globes volumineux avec cornées amincies, opalescentes et hydrophthalmie congénitale.

Traitée dès cette époque par des injections musculaires à doses proportionnées à son âge.

Depuis, sauf pendant deux ans, durant la guerre, elle n'a cessé d'être soumise au traitement mercuriel et dès que cela a été possible aux injections intra-veineuses. Aujourd'hui, les yeux ne sont pas trop difformes, elle va à l'école, apprend à lire et à écrire. L'acuité visuelle est de 1/15.

OBSERVATION VII

(CHARLIN, *Annales d'Oculist.*, déc. 1921)

Glaucome hérédo-syphilitique ayant cédé au traitement combiné.

Z. M., 15 ans. O. G. forte myopie. O. D. glaucome aigu.

Antécédents : Père syphilitique, atteint de paralysie du petit oblique gauche et d'hémianopsie droite, mort d'hémorragie cérébrale.

Personnellement, la malade présente des stigmates non équivoques de syphilis héréditaires : vouûte ogivale et céphalées fréquentes, qui ont disparu depuis qu'elle est soumise au traitement arsenical.

Décembre 1918 : O. D. : rétinite paramaculaire ébauchée, améliorée par le traitement mercuriel.

Mars 1919 : V. O. D. normale.

Il subsiste un peu de dilatation de quelques veines ciliaires.

29 juillet 1919 : Après une grippe, perte de la vision de l'œil droit et douleurs orbito-frontales droites.

O. D. : Injections bulbaires manifestes, chémosis, chambre antérieure plate et trouble, pupille mydriatique sans réaction, pas de précipités cornéens, pas d'exsudats pupillaires, fond d'œil non éclairable. T. : + 2.

Traitement : Pilocarpine toutes les deux heures.

2 août : Même état. Première injection de cyanure de mercure intra-veineuse, iodure de potassium par ingestion.

8 août : Amélioration franche, pas de douleurs. T. : + 1.

18 août : Pas d'hyperhémie bulbaire. T. : 1 —.

Traitement : Cyanure, iodure, néosalvarsan.

8 octobre : T. O. D. normale. V. O. D. normale.

Les milieux sont limpides. Il existe une excavation glaucomateuse, mais sans atrophie marquée.

Octobre 1919 : Suspension du traitement : rechute au bout d'un mois. Reprise du traitement mixte : tout rentre dans l'ordre.

Les deux observations qui précèdent nous ont paru présenter un intérêt considérable. Elles prouvent :

1° La première, l'importance de la précocité du traitement : on a l'impression que dès que la lésion est ancienne, il ne faut plus compter — nous le ver-

rons dans quelques-unes des observations qui vont suivre — sur l'efficacité du traitement ;

2° La seconde : que le traitement doit être continué pendant longtemps : c'est d'ailleurs une notion bien connue du traitement antisyphilitique en général : il faut, après l'attaque, un traitement de soutien, de fond, faute de quoi on s'expose à des récides échelonnées.

Autre notion importante : il semble bien aussi qu'il faille varier le traitement : associer mercure et arsenic.

On obtient de cette façon des résultats définitifs comme ceux qui sont mentionnés dans l'observation ci-dessus et on épargne aux malades les frais d'une iridectomie.

OBSERVATION VIII

(ABADIE)

*Glaucome chronique. O. G. subaigu. O. D. amélioré
par le traitement antisyphilitique.*

Mme G., 43 ans. Pas de maladies dans l'enfance, son père est mort à 58 ans d'une affection cardiaque. Sa mère vit encore, elle a fait plusieurs fausses couches, dont une de deux jumeaux.

A l'âge de 13 ans, elle commence à éprouver de violentes douleurs dans l'œil gauche avec affaiblissement rapide et considérable de la vision de cet œil. A la suite d'une opération dont la malade ne peut donner aucun détail, les douleurs cessent et la vision revient. Sept ans après, à l'âge de 20 ans, réapparition des mêmes acci-

dents, qui cèdent de nouveau à une nouvelle opération pratiquée sur le même œil, et sur laquelle, encore, les détails manquent. Accalmie pendant sept ans, puis, à l'âge de 27 ans, récurrence analogue aux précédentes, la malade est alors opérée une troisième fois. A la suite de cette dernière opération, les douleurs cessent comme d'habitude, mais la vision qui s'était relativement bien conservée jusqu'alors, commence à décliner progressivement et finit par disparaître complètement. La malade ne souffrait plus et considérait son œil gauche comme définitivement perdu.

Subitement, en avril 1920, 27 ans après l'apparition des premiers accidents sur l'œil gauche, les mêmes attaquent son œil droit, douleurs violentes, perte rapide de la vision. On diagnostique un glaucome subaigu, mais avec tension élevée. Une iridectomie est pratiquée, immédiatement la douleur cesse, la vision revient, mais, au bout de quelques jours, elle commence à faiblir progressivement.

Après une série d'intra-veineuses de cyanure de mercure, la vision commence à augmenter. La malade peut vaquer à son ménage : elle peut lire et écrire.

A l'ophtalmoscope, présence d'une double atrophie des nerfs optiques avec excavation glaucomateuse typique, mais pas la moindre trace de chorio-rétinite.

Il est important de noter dans cette observation :

A la fois l'âge du sujet : 43 ans, et le type probablement héréditaire de l'imprégnation syphilitique : syphilis à forme lente, améliorée considérablement par le traitement mercuriel.

D'autre part, il est intéressant de faire ressortir dans cette observation l'absence de tout signe ophtalmoscopique de chorio-rétinite : il s'agit donc bien là d'un glaucome primitif.

OBSERVATION IX

(Thèse de Joseph PARIS, 1904)

Glaucome primitif irritatif. — Hémiplégié droite. — Syphilis. — Artério-sclérose.

J. L., 45 ans.

Antécédents héréditaires : Père rhumatisant.

Antécédents personnels : Calvitie précoce. Cheveux blancs à l'âge de 40 ans : trois attaques subintrantes après troubles prodromiques, vertiges et défaillances. Il reste aphasique pendant un mois et est atteint d'hémiplégié droite : il a subi à ce moment un traitement consistant en une trentaine de frictions mercurielles, qu'on a dû interrompre par suite d'une gingivite hydrargyrique. Il a été remis en traitement par des injections intra-fessières d'huile grise.

Le début de la maladie remonte au mois de juillet 1902, le malade avait observé des obnubilations passagères dans sa vision, des cercles colorés autour des yeux se produisaient, surtout le soir, et étaient presque toujours suivis de céphalée fronto-orbitaire unilatérale.

O. D. : pupille dilatée, injections péri-kératiques. T. : + 1. — V. O. D. : compte les doigts à 1 m. 50. V. O. G. : 1/3 avec + 2. —

Champ visuel rétréci du côté nasal. On propose l'iridectomie et le traitement spécifique. En trois mois, le malade a reçu 23 injections intra-veineuses de 1 cc. de cyanure de mercure. Six mois après le début de la maladie, le malade se présente avec une hémiplégié droite, avec réflexes exagérés, Babinski en extension, trépidation épileptoïde du pied. Le fond d'œil est inéclairable, les veines sont grosses, il n'y a pas d'excavation nette, peut-être une légère atrophie papillaire. Le malade présente :

Cœur : A la base, souffle de rétrécissement aortique,

deuxième bruit claquant mal sans souffle d'insuffisance. La pointe bat dans 1/2 cinquième espace intercostal gauche, légèrement déviée en dehors. Pas de signes d'angor.

Dans cette observation, l'action de la syphilis est évidente.

Ici encore, il s'agit d'un malade jeune chez qui la syphilis a fait brûler les étapes à l'angio-sclérose.

OBSERVATION X

(CHARLIN, *Ann. d'Oculistique*, décembre 1921)

Glaucome chronique bilatéral. — Syphilis confirmée. — Symptômes vasculaires généraux frustrés.

M. M., 45 ans, femme.

Examen oculaire, décembre 1918 : O. D. : glaucome chronique inflammatoire. Injection bulbaire. Pupille en mydriase moyenne. Réaction pupillaire paresseuse. Fond d'œil non examinable.

V. O. D. : Voit les mouvement des mains à un mètre.

T. : + 2.

O. G. : Glaucome absolu. Pupille en mydriase immobile. Excavation glaucomateuse atrophique. V. : O. T. + 3.

Examen général : Aorte et cœur normaux.

Pression artérielle : 19-9 au Pachon.

Radioscopie : Aorte haute, cœur normal.

Réaction de Wassermann positive.

OBSERVATION XI

(CHARLIN, *Ann. d'Oculistique*, déc. 1921)

Glaucome chronique bilatéral. — Syphilis aortite. — Hypertension artérielle.

E. U., 53 ans, femme. Examen oculaire (avril 1919) : Depuis longtemps diminution progressive de la vue de l'œil droit ; depuis cinq jours, accès douloureux et amblyopie de l'O. G.

O. D. : Glaucome chronique, pupille mydriatique sans réaction lumineuse, excavation glaucomateuse blanchâtre. V. : 0 ; T. : + 3.

O. G. : Pupille mydriatique avec réaction paresseuse. Fond d'œil inéclairable. V. O. G. : voit les mouvements de la main. T. : + 3.

17 avril 1919 : Iridectomie anti-glaucomateuse de l'œil gauche sans incidents.

16 avril 1921 : O. G. : pupille rose clair avec légère excavation. O. G. V. : 5/30 ; T. : + 1. V. O. D. : 0. T. O. D. : + 2.

Examen général : Battements supra-claviculaires, aorte élevée et dilatée. Dilatation du ventricule gauche, choc de la pointe en bas et en arrière de la ligne mammaire, sixième espace intercostal droit.

Renforcement du deuxième bruit aortique, pouls petit et fréquent. 120 pulsations. Pression artérielle (Pachon : 18-11. Réaction de Wassermann positive.

OBSERVATION XII

(CARLOTTI, *Clinique ophthalmologique*, août 1923)

Glaucome chronique bilatéral

Étiologie syphilitique admissible. — Ectasie aortique

A. R. B., 60 ans. Vient consulter le 11 juin 1920 parce qu'il souffre de son œil droit et craint pour son œil gau-

che. Historique: O. D. opéré de glaucome aigu en 1918, soulagement immédiat, crise nouvelle depuis.

Examen O. D. Cornée vitreuse exulcérée, colobome irien, cristallin tuméfié, opaque, remplissant la chambre inférieure. Tension au Schiotz 30 m/m de Hg. Etat général: hypertension légère (Pachon) 19/10; constante: 0,94.

Traitement local: pilocarpine.

Juillet 1920: nouvelle crise douloureuse de l'œil droit, ablation des masses cristalliniennes.

Octobre 1920: O. D. cornée lisse, tonus peu marqué, disparition des douleurs et du larmoiement.

O. G., larmoiement à la lumière un peu vive et dans la déflexion de la tête; devant ce signe dont Morax a montré la valeur, on conseille les instillations de pilocarpine dans l'œil gauche.

30 décembre 1920: crise d'hypertonie passagère.

11 mars 1922: crise avec amaurose, douleurs et dilatation pupillaire. T. O. D. G.: 30. Réaction de Wassermann négative. L'examen radiologique décelé l'existence d'une ectasie aortique

27 juin 1922: après le traitement mercuriel et ioduré, il n'y a plus eu de crise depuis trois mois. Acuité visuelle 7/10. Champ visuel normal. Tonus au doigt normal. Tension artérielle: 20/10.

Janvier 1923: mêmes constatations.

L'étiologie spécifique peut être invoquée en raison de l'ectasie aortique décelée à la radioscopie et malgré le Wassermann négatif dont la valeur négative est universellement constatée et admise.

Le traitement mercuriel et ioduré a d'ailleurs produit une amélioration nette des symptômes.

OBSERVATION XIII

(CHARLIN, *Ann. d'oculistique*, déc. 1921)

*Glaucome hémorragique primitif amélioré
par le traitement anti-syphilitique*

R. F., 49 ans. Le 16 août 1919 vient à la consultation, aveugle.

O. D. aveugle depuis longtemps a été iridectomisé il y a quatre ans. O. G. devenu rouge, douloureux depuis quelques jours et sa vision a presque disparu. O. D. excavation glaucomateuse atrophique, colobome supérieur opératoire, exsudats pupillaires anciens. T. : + 1.

O. G., injections bulbaires intenses, chambre antérieure trouble avec hyphéma du 1/3 inférieur. Iris œdémateux, pupille en mydriase immobile, fond d'œil inéclairable. Acuité visuelle: voit les mouvements de la main à 50 cm. T.: + 3.

Traitement à l'aide de myotiques sans amélioration. Le malade est syphilitique, on institue un traitement au cyanure de mercure.

28 août: T. O. G.: normale.

9 septembre: V. O. G.: 4/5. Tension normale, image rougeâtre au fond de la chambre antérieure, papille rose blanchâtre avec excavation glaucomateuse. La giugivite fait suspendre le mercure, qui est remplacé par le novarsénobenzol.

15 septembre: V. O. G. 1/10. T.: 1.

22 septembre: a reçu trois injections de novarsénobenzol. V. O. G. 1/5. T.: 1. Battements supra-claviculaires et supra-sternaux. Matité aortique augmentée. Affaiblissement du premier bruit à la base du cœur. Hypertrophie du ventricule gauche. Pression artérielle : 23-13.

Réaction de Wassermann négative (après plusieurs mois de traitement).

27 octobre: on suspend le néo et on revient au mercure.

29 janvier 1921: bon état général. V. O. G. 5/20. T.: 1.

Champ visuel rétréci.

O. D. G., excavation glaucomateuse atrophique.

En somme, amélioration extrêmement nette de la tension oculaire et de la vision par le traitement combiné mercure-arsenic.

OBSERVATION XIV

(in-thèse d'ARNOUX)

Glaucome chronique simple chez un hypermétrope Syphilis diagnostiquée et traitée

Homme de 51 ans, employé de commerce, hypermétrope fort. Bonne constitution, par d'antécédents spécifiques héréditaires. A l'âge de 21 ans, chancre syphilitique suivi de roséole, traité par le biiodure de mercure et les frictions. Le malade s'est marié et a un enfant bien portant.

Traité à l'hôpital pour hypermétropie en 1917. La vue ayant fortement baissé, le malade consulte de nouveau en 1920. A ce moment, M. le professeur Rohmer prescrit des myotiques. L'an dernier, à la suite de l'administration par inattention d'atropine, poussée glaucomateuse aiguë.

Depuis cette époque, le malade instille journellement de l'éserine ou de la pilocarpine dans les deux yeux et suit régulièrement un traitement anti-syphilitique (mercure, arsenic et bismuth).

Examiné en avril 1924, le malade accuse une amélioration très nette de son glaucome depuis 1917.

Examen des yeux: O. G. iris légèrement boursoufflé, pas de synéchies; examiné à la lampe à fente l'iris gauche présente un bord légèrement crénelé. Cataracte (mauvaise projection); malgré l'opacité du cristallin, le fond d'œil est visible: la pupille est excavée, grisâtre: pas de lésions perceptibles du fond d'œil.

Le champ visuel est rétréci dans l'ensemble, ne dépassant pas 40° du côté temporal et 30° du côté nasal.

V. O. G. compte les doigts à 75 cm.

T. O. G.: 83 m/m de Hg. (Schiotz).

O. D. pupille normale, iris normal, fond d'œil normal. Champ visuel légèrement rétréci du côté nasal. T. O. D.: 45 m/m Hg. Examen de l'état général: deuxième bruit du cœur légèrement claqué à la base.

Tension artérielle (Pachon) 19-10.

Cette observation est, semble-t-il, moins concluante que les précédentes au point de vue de l'action du traitement spécifique malgré que le malade se dise très amélioré par ce traitement.

OBSERVATION XV

(in-thèse ARNOUX)

*Glaucome chronique bilatéral. . . Tabès
Réaction de Wassermann positive*

Homme de 53 ans et demi, professeur. Antécédents: n'accuse pas de troubles visuels, mais son médecin demande un examen oculaire en raison d'une arthrite du genou gauche du type tabétique.

Examen oculaire: 7 mars 1924.

Réflexes photomoteurs nuls aux deux yeux. Signe d'Argyll Robertson. Réflexe de convergence existe à l'O. D. Très peu à l'O. G.

Equilibre musculaire, n'a pas la vision binoculaire dans la vision au loin. Présente d'ailleurs du strabisme divergent de l'œil gauche; dans la vision de près, vision binoculaire.

Examen ophtalmoscopique: papille gauche un peu plus petite que la droite. Vision des couleurs normale pour les deux yeux. Champ visuel normal.

Tension oculaire: O. D.: 25 m/m de Hg.

O. G.: 30 m/m de Hg. (Schiötz).

10 mars 1924: O. D.: 25 m/m Hg.; O. G.: 30 m/m.

Examen de l'état général: malade présentant tous les signes caractéristiques du tabès: ataxie, incoordination; douleurs fulgurantes dans le membre inférieur droit. Arthropathie tabétique.

Claquement aortique à la base, tension artérielle: 19-11. Etat intellectuel parfait; *Bordet-Wassermann* positif. On fait un traitement spécifique.

28 mars: T. O. D., 22 m/m de Hg; T. O. G.: 25 m/m de Hg.

En résumé, glaucome bilatéral chez un syphilitique avéré avec signes artériels de syphilis et amélioration très nette de la tension oculaire par le traitement institué.

OBSERVATION XVI

(In-thèse ARNOUX, Nancy 1924)

*Glaucome chronique bilatéral. — Syphilis
Perforation de la voûte palatine*

Homme 76 ans. Syphilis à l'âge de 25 ans, jamais traitée de façon sérieuse; perforation de la voûte palatine en 1912.

28 février 1919: examen oculaire: O. D. papille blanche avec excavation, réflexe photo-moteur nul. V. O. D.: 0; T. O. D.: 43 m/m de Hg. Cornée trouble. La papille est blanche avec excavation du type glaucomateux

V. O. G.: 5/7; T. O. G.: 22,5.

Champ visuel normal à l'œil gauche.

17 mars 1919: T. O. D.: 43; T. O. G.: 22,5.

21 juillet 1919: T. O. D.: 37; T. O. G.: 12.

20 mars 1921: T. O. D.: 50; T. O. G.: 20.

16 février 1923: T. O. D.: glaucome absolu; T. O. G.: 26.

Traitement: pilocarpine et traitement mercuriel. Amélioration nette.

Examen de l'appareil cardio-vasculaire: souffle systolique de la base, aortite.

OBSERVATION XVII

(In-thèse ARNOUX, Nancy 1924)

Glaucome bilatéral. — Tabès fruste

Femme de 57 ans, traitée par un ophtalmologiste de la région pour glaucome, depuis deux ans. Elle a suivi un traitement à la pilocarpine. M. le docteur Vial soigne cette malade pour tabès fruste.

17 mars 1922: examen oculaire, V. O. D.: 10/10; V. O. G.: 10/10.

Fond d'œil O. G. D.: papilles excavées du type glaucomateux.

Pas d'hypertension oculaire.

Champ visuel O. D., rétrécissement en haut et du côté nasal; O. G. limité en haut à 25° et du côté nasal à 20°; en bas et du côté nasal à 50°.

Rréflexes photo-moteurs très atténués O. D. O. G.

Réflexes à la convergence très atténués des deux côtés.

Examen général (M. le docteur Vial). Réflexes rotuliens et achilléens abolis des deux côtés, vertiges et troubles de l'équilibre avec menace de chute dans la rue, céphalée intermittente, rachialgie prédominant à la région lombaire, névralgies intercostales, tension artérielle 18-11 au Vachon.

Les signes de tabès fruste dont est porteur la malade, la limitation du champ visuel et les caractères des deux papilles qui sont excavées permettent, malgré l'absence d'hypertension oculaire, de dire qu'il s'agit de glaucome et de glaucome syphilitique.

OBSERVATION XVIII
(Thèse ARNOUX, Nancy 1924)

*Glaucome absolu de l'O. D. — Syphilis nerveuse
(pas d'amélioration avec les mystiques
et le traitement spécifique)*

Femme de 62 ans, a été traitée pour syphilis nerveuse à l'aide d'injections de cyanure de mercure; aurait eu également de l'angine de poitrine en 1916, améliorée par le traitement spécifique. Trois grossesses, un enfant mort à neuf mois de méningite. Une fille atteinte d'épilepsie améliorée par le traitement antisiphilitique, une autre fille bien portante. Mari en bonne santé.

Dit n'avoir jamais bien vu de l'O. G., le droit très bon, la malade ne louchait pas, mais elle a dû porter des verres à l'âge de 32 ans.

12 décembre 1922: depuis le début d'octobre la malade se plaint de ne plus voir de l'O. D.

Examen oculaire: O. D. aspect trouble, glauque, ré-

flexe photo-moteur nul. Réflexe photo-moteur de l'O. G. normal. Réflexe consensuel: de droite à gauche nul sur l'O. G.; de gauche à droite normal sur l'O. D.

Acuité et réfraction O. D., perception lumineuse O. G. (115+2) + 3: 5/35.

Tension (Schiotz) O. D.: 72-83; O. G.: 18-22 m/m Hg.

Vision des couleurs et sensibilité lumineuse normales.

Fond d'œil: O. D. papille blanche excavée du type glaucomateux; O. G.: apparence normale.

Le cristallin présente des rayons cataractés très nets, qui cependant n'empêchent pas l'examen du fond de l'œil gauche. Champ visuel O. G. normal.

Tension artérielle (Vaquez), 21-12.

Examen des urines: pas d'albumine, traces de sucre.

Traitement local: ésérine. Traitement général antisypilitique.

5 janvier 1923: T. O. D.: 25; T. O. G.: 18-23; tension artérielle Vaquez: 16/11.

13 avril: T. O. D.: 52. T. O. G.: 21, donc reprise de l'hypertension de l'œil droit, on prescrit de l'ésérine et de la pilocarpine.

16 avril: T. O. D.: 21-25; T. O. G.: 23.

23 mai: T. O. D.: 52-60; T. O. G.: 25.

La tension reste élevée malgré la pilocarpine et le traitement antisypilitique.

Il s'agit donc ici d'un glaucome rebelle chez un sypilitique avéré. Il est curieux de voir la résistance au traitement antisypilitique: peut-être s'agit-il d'une syphilis arséno-résistante et y aurait-il eu intérêt à faire usage d'autres antisypilitiques. Peut-être aussi la lésion était-elle trop ancienne et la sclérose définitive.

OBSERVATION XIX

(Thèse ARNOUX)

Glaucome chronique primitif bilatéral. — Traitement chirurgical. — Amélioration de l'acuité visuelle sous l'influence du traitement spécifique. — Syphilis confirmée.

Homme de 50 ans.

Mars 1914: souffre des yeux depuis 4 ans, a senti sa vue s'affaiblir surtout à gauche; cercles colorés autour des lumières.

Consulte le docteur Dufour (de Lausanne) qui fit une scléro-iridectomie de l'O. G. en janvier 1911.

Quelques mois après, l'O. D. présente les mêmes symptômes; même opération en janvier 1913.

En mars 1914, l'O. D. présente une cicatrice filtrante fonctionnant bien; à gauche également.

Septembre 1919: le malade raconte qu'en 1918 il a eu une affection oculaire à droite, qui a nécessité l'enucléation. Il se plaint que la vue baisse à l'œil gauche. De ce côté la papille est pâle et présente une excavation de type physiologique.

V. O. G. avec + 1,75: 5/10. La vision des couleurs est normale. La tension au Schiotz est très inférieure à la normale. Le champ visuel présente nettement un rétrécissement nasal.

Interrogé sur ses antécédents, le malade déclare avoir eu un chancre mou vers l'âge de 20 ans, il est marié, sa femme a eu quatre grossesses, la troisième s'est terminée par un avortement; le deuxième enfant est mort de méningite.

Le Wassermann, fait après réactivation, est positif. Un traitement par injections intra-veineuses de cyanure de mercure est établi et la vision passe de 5/10 à

5/7,5. Antérieurement, un traitement au néo-salvarsan avait été institué.

3 avril 1924: V. O. G.: 5/35. La fistule fonctionne bien ; la papille est blanche et excavée.

Réaction de Wassermann positive.

A la lampe à fente et au microscope, on ne constate pas de traces d'iritis.

Le malade est de nouveau au traitement antisyphilitique.

Dans l'observation relatée ci-dessus, il s'agit, à coup sûr, d'un syphilitique chez lequel, plusieurs années après le début de l'infection tréponémique, est apparu un glaucome bilatéral, sans lésions d'iritis.

Le traitement chirurgical n'a fait que supprimer partiellement les symptômes glaucomateux, qui ont subi, à l'œil gauche, une amélioration très nette, semble-t-il, au point de vue acuité visuelle, par le traitement antisyphilitique institué.

CHAPITRE VI

Discussion générale des observations

La syphilis est trop souvent une maladie extrêmement sournoise, dont la première inoculation passe inaperçue.

Essentiellement protéiforme, elle peut s'attaquer à tous les appareils, et par le sang se répandre sur les artères, les nerfs, les viscères et les glandes à sécrétion interne.

Elle ne se découvre pas toujours au premier chef par des symptômes évidents : elle demande à être recherchée indirectement par des recherches précises comme sont les méthodes de laboratoire. On est parfois déçu dans ces recherches elles-mêmes et c'est alors que, brûlant les étapes de la clinique et du laboratoire sans l'avoir découverte, on arrive au traitement d'épreuve, qui reste, seule pierre de touche, et d'une valeur diagnostique bien souvent remarquable.

Si nous jetons un regard rétrospectif sur la série des observations qui précèdent, nous voyons que bien

souvent la syphilis n'a pas été reconnue et traitée à son début, et qu'un diagnostic précoce aurait évité à ces malades la perte progressive de leur vision au milieu de douleurs intolérables.

Et cependant, il semble que les arguments tirés de la littérature, d'une part, que d'autre part les constatations anamotiques et cliniques permettent de faire penser beaucoup plus souvent au rôle obscur mais certain joué par la syphilis dans la production du glaucôme.

A. — Preuves historiques

Pendant très longtemps, les auteurs ne parlent qu'avec une certaine réserve et presque de la timidité des rapports de la syphilis et du glaucome.

Salmeshon, le premier, en 1893, donne huit observations de glaucomes syphilitiques chez des malades âgés de moins de 40 ans chez lesquels le traitement mercuriel a donné les meilleurs résultats.

Dans cinq cas d'hydrophtalmie, Alexander a constaté deux fois la syphilis chez la mère.

L'opinion d'Abadie est très intéressante, qui signale que l'hypertonie et les accidents qu'elle entraîne : douleurs de compression, et diminution progressive de l'acuité visuelle, rentrent dans l'ordre sans opération, sous l'influence du traitement.

« Le tréponème étant, de beaucoup, dans l'espèce humaine, l'agent le plus habituel des inflammations uvéales ou vasculaires, dit Morax, il semble vraisem-

blable d'attribuer un rôle considérable à ce micro-organisme dans la genèse du glaucome. »

Mais plus précises encore dans leur énoncé et plus éloquentes sont les statistiques de Charlin et de Carlotti.

Carlos Charlin, sur 75 glaucomateux observés, trouve 42 glaucomateux syphilitiques contre 25 artério-scléreux.

Sur 42 glaucomateux syphilitiques : 35 sûrs, 7 suspects.

Agés de moins de 30 ans	1
Agés de 30 à 40 ans	1
Agés de 41 à 50 ans	18
Agés de 51 à 60 ans	12
Agés de 61 à 70 ans	8
Agés de plus de 70 ans	2
Avec réaction B.-W. +	23/42

Carlotti, sur 15 glaucomes dont l'étiologie a été recherchée, trouve :

Résultats négatifs	6
Résultats positifs	9

B. — Preuves anatomo-pathologiques

Nous possédons malheureusement, pour les raisons invoquées plus haut, trop peu d'examens histologiques de coupes de glaucomes.

Nous rappellerons seulement les données de l'examen ophtalmologique du fond d'œil après iridectomie et les résultats des coupes et examens ana-

tomo-pathologiques qui ont été faits : les veines ciliaires sont réduites en nombre et en étendue par suite des dilatations vasculaires, les veines sclérales postérieures sont atteintes d'endophlébite oblitérante, les artères ciliaires longues sont volumineuses et hypertrophiées.

L'examen anatomo-pathologique mentionné dans l'observation III est plus explicite encore : veines bourrées de globules, artères bouchées par la sclérose et la réaction lymphoplasmatique en dedans, et au dehors, entourées d'une réaction péri-vasculaire intense, analogue à celle observée dans les aortites syphilitiques du reste de l'économie.

Il est tout naturel de penser que de telles lésions sont dues au processus infectieux syphilitique.

C. — Preuves cliniques

a) LES ANTÉCÉDENTS. — Lorsqu'ils existent, comme dans l'observation V d'hydrophtalmie chez une jeune fille de 15 ans, surtout quand ils sont associés à des déformations ogivales de la voûte palatine ou à des stigmates, des céphalées à répétition, etc., ils ont une grosse valeur d'orientation diagnostique.

b) LES SIGNES CARDIO-AORTIQUES ASSOCIÉS. — Il est naturel de penser que toutes les fois qu'on découvrira chez des malades porteurs de glaucomes des lésions d'insuffisance aortique, d'aortite, d'angor, d'altérations vasculaires périphériques avec troubles trophi-

ques des extrémités chez des jeunes, on devra penser à la syphilis.

Charlin, sur 23 malades à réaction positive, a trouvé :

Avec image aorte normale 3

Insuffisance mitrale 1

Hypertension artérielle ou aortite 17

Pas de signes cardio-vasculaires 2

Sur 12 glaucomateux suspects de syphilis et avec Wassermann négatif :

Aortite du type syphilitique 7

Aortite avec antécédents syphilitiques 4

Aortite et névrite optique 1

De l'œil non glaucomateux.

D'après M. le Professeur Etienne, on trouve la syphilis chez 80 à 85 % des malades atteints d'aortite simple, donc d'une grande majorité de syphilitiques.

Pour Babinski : « La constatation d'une ectasie aortique est, à paratir de 40 ans, un signe plus sûr que le Wassermann. »

c) LES SIGNES DE LA SÉRIE NERVEUSE, tels que ceux que nous avons relevés dans les observations qui précèdent, ont eux aussi une grande valeur diagnostique.

d) Il en est de même, à plus forte raison, des LESIONS CUTANEES signalées dans notre observation I : l'apparition de lésions secundo-tertiaires vient, en effet, confirmer en corrélation avec le Wassermann la nature syphilitique d'une affection qui a cédé depuis par ailleurs au traitement d'épreuve.

Le WASSERMANN. — Nous ne voulons pas reprendre ici la discussion du Wassermann.

Il apparaît nettement, dans nos observations I et X, que le Wassermann a été négatif chez des malades nettement syphilitiques par ailleurs : nous lui accorderons la valeur qu'il mérite en nous conformant à la règle établie : un Wassermann positif a de la valeur ; un Wassermann négatif ne veut rien dire : notre observation princeps le prouve amplement.

CHAPITRE VII

Le traitement du glaucome syphilitique

Le traitement antisypilitique possède, à notre avis, une grosse valeur non seulement thérapeutique, mais encore diagnostique.

Dans les observations que nous avons relatées dans un chapitre précédent, nous ne relevons qu'un cas d'échec du traitement : le traitement, pour être actif, doit être précoce et de longue durée ; il semble que, dans l'observation XVI, où le traitement n'a pas eu d'efficacité, cette infidélité thérapeutique soit peut-être due à ce que les deux conditions : précocité et durée du traitement, n'aient pas été suffisamment remplies. Par ailleurs, il existe, ne l'oublions pas, des syphilis arséno ou mercuro-résistantes.

Nous pensons qu'il faut varier les médicaments le plus possible et savoir utiliser les nouvelles ressources thérapeutiques : bismuth sous ses formes diverses et combiné avec l'iodure, surtout dans la forme vasculaire.

L'arsénobenzol semble devoir garder malgré tout une place d'élection : c'est un médicament hypotensif qui paraît disposer successivement de deux actions : la première, très précoce, en 48 heures, est une action d'amélioration tensionnelle ; la seconde, plus tardive, parfois même très tardive, une action antisypilitique.

La médication antisypilitique d'ailleurs ne doit pas jouer à l'exclusion d'autres éléments de l'arsenal thérapeutique, les myotiques : pilocarpine, écrine ; les vaso-modificateurs comme l'acétylcholine.

— Les inhibiteurs sympathiques : ergotine, adrénaline, etc... (Abadie, Congrès d'Amsterdam, 1929).

— Et il faut savoir, quand il y a indication d'urgence, le combiner au traitement chirurgical.

Conclusions

Le glaucome primitif paraît être essentiellement une maladie des vaisseaux et de la trophicité de l'œil.

— Parmi les causes susceptibles de déterminer ces lésions vasculaires et trophiques, il semble que la syphilis entre pour une certaine part.

— En effet, dans de nombreux cas, et en particulier, dans ceux que relatent nos observations inédites et les observations glanées dans la littérature existante, l'hypothèse soulevée de l'étiologie syphilitique du glaucome a été confirmée par l'existence de lésions concomitantes : malformations chez l'enfant lésions nerveuses et vasculaires chez l'adulte ; ou prouvée par les réactions sérologiques et le traitement d'épreuve.

— La fréquence de la syphilis varie suivant l'âge des glaucomateux. Elle se voit surtout chez les jeunes où l'atteinte vasculaire revêt une allure inflammatoire et évolue rapidement. La syphilis fait brûler les étapes à la sclérose : le glaucome infantile est considéré comme une manifestation de la syphilis héréditaire.

La syphilis semble également à la base du processus étiologique dans la majorité des cas de glau-

comes survenant chez des adultes entre 20 et 35 ans.

Par contre ce n'est que dans des conditions exceptionnelles qu'elle peut être soupçonnée chez le vieillard où la sclérose est lente à se constituer et due surtout à l'athérome.

Le traitement antisyphilitique est toujours un précieux adjuvant dans le traitement général du glaucome ; il a un double sens : il agit à la fois comme médicament hypotenseur (néo-salvarsan) et comme médicament spécifique.

Il ne faut pas exagérer la valeur du traitement spécifique : il n'est efficace qu'à condition d'être précoce : il n'agit plus quand les lésions sont anciennes et la sclérose définitivement constituée ; il doit être varié : certains médicaments antisypilitiques pouvant être, suivant le cas, plus indiqués que d'autres, et associé toujours à la thérapeutique habituelle du glaucome : médicale ou chirurgicale, suivant les indications.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, ROLLET.
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 7 Mai 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- ABADIE. — Nature et traitement du glaucome (*Arch. d'ophtalmologie*, 1889).
- Pathogénie et traitement du glaucome (*Ann. d'oculistique*, 1889).
- Des traitements mercuriels continus et prolongés dans les formes graves de syphilis oculaire (*Ann. d'ocul.*, 1917, p. 734).
- Du glaucome chez les jeunes sujets (*Soc. d'ophtalmologie de Paris*, 21 janvier 1922).
- ABOUDY. — Relation entre syphilis et glaucome (*Clin. ophtalmol.*, 1917, p. 521-525).
- BAILLIART. — (Art. Glaucome). Traité de pathologie médicale et thérapeutique appliquée de Sergent et Ribadeau-Dumas, tome 26. Maloine, Paris, 1922).
- La circulation rétinienne à l'état normal et à l'état pathologique (Doin, Paris 1923).
- La circulation rétinienne dans le glaucome (*Clinique ophtalmologique*, mai 1922).
- BICHAT. — La sympathectomie dans le traitement du glaucome (*Thèse Nancy*, déc. 1901).
- CANTONNET. — Contribution à l'étude des échanges osmotiques entre les lumières intra-oculaires et le plasma sanguin (*Th. Paris* 1904-1905).
- L'état général des glaucomateux (*Clin. et Laborat.*, déc. 1923).

- CARLOTTI. — Glaucome et syphilis (*Soc. Française d'ophtalmologie*, juin 1923; *Clinique ophtalmologique*, août 1923).
- CHARLIN. — L'état vasculaire des glaucomateux (*Ann. d'Oculistique*, déc. 1921).
- ELLIOTT. — Etiologie du glaucome (*Ann. d'oculistique*, 1915).
- ETIENNE. — La syphilis vasculaire (*Rapport au XIV^e Congrès de médecine de Bruxelles*, 1920).
- GAMA-PINTO. — (Art. glaucome) (*Encyclopédie Fr. d'ophtalmologie*, tome V(1905).
- GROS. — Etude sur l'hydrophtalmie ou glaucome infantile (*Thèse Paris*, 1886-1897).
- HIRSCHBERG. — Lues und Glaukom (Leipzig, 1919).
- JOSEPH. — Rapport du glaucome avec l'artério-sclérose et l'imperméabilité rénale (*Thèse Paris*, 1903-4).
- LAGRANGE (F). — Glaucome et hypotonie (Paris, Doin, 1922).
- LAGRANGE (H.). — Glaucome et troubles endocrines (*Presse Médicale*, 5 avril 1924).
- DE LAPERSONNE. — Hydrophtalmie et troubles cardiovasculaires (*Arch. d'ophtalmologie*, 1902, p. 9).
- MORAX. — Précis d'ophtalmologie.
- Glaucome et glaucomateux (Paris, Doin, 1921).
 - Notes cliniques sur quelques signes initiaux atypiques du glaucome chronique (*Ann. d'oculistique*, 1918, p. 100).
 - Glaucome et glaucomateux (Paris, Doin, 1921). (*Ann. d'oculistique*, janvier 1916).
- PIÉMONT. — Action hypotensive du salvarsan (*Ann. d'oculistique*, 1919, p. 406).
- ROHMER. — Eléments d'ophtalmologie (Paris, Stenheil, 1907).
- Rapport sur l'artério-sclérose oculaire (*Soc. Fr. d'ophtal., Congrès 1906*).

- ROLLET (E.). — Traité d'ophtalmoscopie (Paris, Masson et Cie, éditeurs).
- ROLLET (J.). — *Société d'ophtalmologie de Lyon* (13 janvier 1931).
- SAMELSOHN. — Du glaucome syphilitique (*Bulletin de la Soc. franç. d'ophtalmologie*, Paris, 1893).
- SILBERGWEIG. — Des lésions oculaires tardives dans la syphilis congénitale (*Thèse Nancy*, 16 juin 1923).
- TERRIEN. — Syphilis de l'œil et de ses annexes (Paris, 1905).
- TERSON. — Ophtalmologie du médecin praticien (Masson, Paris, 1921).
- WECKERS (DE). — Le traitement interne de l'hypertension glaucomateuse (*Arch. d'opht.*, 1920).
- ZIMMERMANN. — Pathogénie et traitement du glaucome (*Cliniques ophtalmologiques*, juin 1922).
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	9
<i>Chapitre premier.</i> — Définition et limitation du sujet	11
<i>Chapitre II.</i> — Historique	13
<i>Chapitre III.</i> — Pathogénie	15
<i>Chapitre IV.</i> — Etude clinique du glaucome primitif	19
<i>Chapitre V.</i> — Observations	25
<i>Chapitre VI.</i> — Discussion générale des observations	51
<i>Chapitre VII.</i> — Le traitement du glaucome syphilitique	57
CONCLUSIONS	59
BIBLIOGRAPHIE	61



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

LYON



